



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



132ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2003

Tema 4.13 da Agenda Provisória

CE132/21 (Port.)
13 maio 2003
ORIGINAL: INGLÊS

DIETA, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

As taxas de sobrepeso e obesidade atingiram proporções epidêmicas em todo o mundo. Nas Américas, a epidemia transcende barreiras socioeconômicas, afetando ricos e pobres—gente de todos os grupos de idade.

A rápida elevação das taxas de obesidade nos últimos anos ocorreu num período curto demais para permitir atribuí-la a quaisquer mutações genéticas significativas nas populações. Ao contrário, a explicação mais provável da epidemia estaria nas mudanças ocorridas nos estilos de vida e no meio ambiente no último meio século. Por exemplo, novas tecnologias e uma produção agrícola mais eficiente possibilitaram chegar a uma meta considerada inatingível por muitos séculos: a disponibilidade de alimentos o ano inteiro, a preços razoáveis, para grandes setores da população. Ademais, ocupações mais sedentárias, o transporte motorizado, mais tempo passado em frente da televisão e, por toda parte, dispositivos que poupam trabalho estão favorecendo cada vez mais a inatividade física.

As abordagens do tratamento da obesidade têm mostrado resultados apenas moderados e oferecem poucas probabilidades de sustar a epidemia; por isso, as estratégias de prevenção e promoção teriam mais probabilidades de êxito no nível da população. O papel da saúde pública nas Américas deveria ser o de fazer das escolhas de saúde as escolhas mais fáceis, e o objetivo durante o próximo decênio é induzir mudanças de comportamento essenciais no nível da população.

E não é necessário que a atividade física seja árdua para produzir benefícios para a saúde. A promoção de pelo menos 30 minutos diários de atividade física moderada é uma meta realista. Precisa, porém, ser acompanhada de uma acessibilidade maior a espaços de lazer e de segurança nas ruas, promoção contínua do caminhar e pedalar pela cidade e institucionalização da atividade física no local de trabalho e nas escolas. Por outro lado, melhorar os padrões de alimentação requer a promoção efetiva de alimentos saudáveis, dando atenção a medidas tais como preços mais racionais, subsídios e regulamentação da publicidade de alimentos pobres em nutrientes.

É cada vez maior a consciência de que as intervenções preventivas dão bons resultados e de que os custos do tratamento vão além dos recursos financeiros e dos sistemas de saúde pública na maioria dos países de média e baixa renda. As intervenções para prevenção e controle da obesidade devem ser complementadas por esforços para pôr cobro à desnutrição e a deficiências nutricionais específicas, dentro de um novo paradigma que promova o crescimento ótimo, o desenvolvimento e uma vida longa e sadia. Assim também, dado caráter comum das suas causas, há necessidade de planos e programas integrados sobre obesidade e doenças não transmissíveis.

Solicita-se ao Comitê Executivo reconhecer a obesidade e as morbidades a ela associadas, juntamente com a inatividade física e os regimes alimentares de baixa qualidade, como grave ameaça à saúde pública, requerendo ação prioritária na Região, e propor meios pelos quais a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) possa promover e sustentar uma estratégia integrada para a prevenção e controle da obesidade.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prevalência da Obesidade e a Transição em Saúde nas Américas	3
Determinantes da Obesidade	4
Revisão Histórica	4
Fatores Dietéticos e Padrões de Atividade Física	6
Fatores Iniciais Ligados ao Crescimento	9
Influências Ambientais e Societárias	10
Conseqüências da Obesidade para a Saúde	11
Custos Econômicos da Obesidade	12
Custos e Benefícios Econômicos do Tratamento e da Prevenção da Obesidade	13
Prevenção e Controle da Obesidade nas Populações:	
Como Transformas Escolhas Saudáveis em Escolhas Mais Fáceis	13
Promoção da Atividade Física com Estilo de Via Diária	13
Dieta para Promoção da Saúde	15
A Resposta da Organização Pan-Americana da Saúde	17
Ações Propostas	17
Elementos para uma Abordagem em Múltiplas Frentes	17
Ação Prioritária	18
Ação Solicitada do Comitê Executivo	20

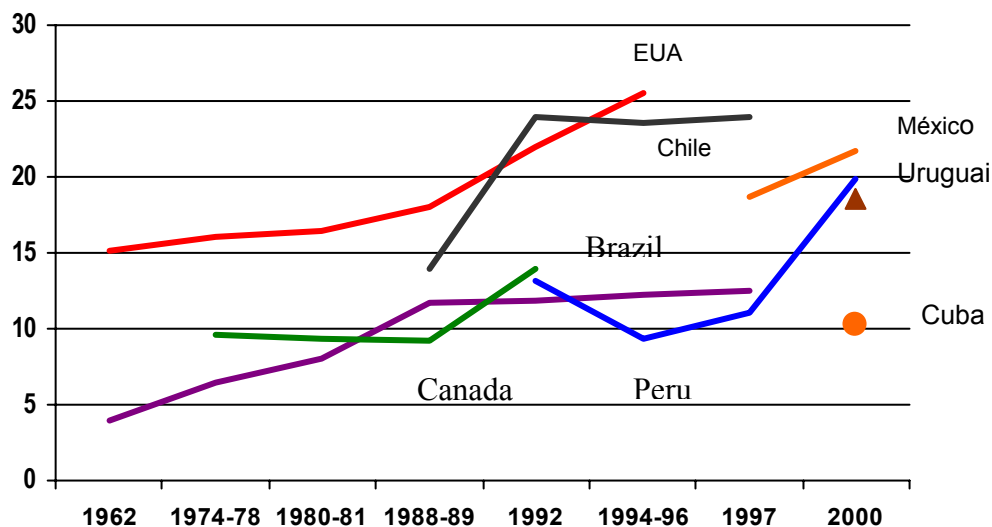
Obesidade nas Américas: O Desafio da Promoção da Nutrição Sadia e da Vida Ativa

Prevalência da Obesidade e a Transição em Saúde nas Américas

1. A prevalência de sobrepeso e obesidade está crescendo num ritmo alarmante em todo o mundo. Tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento são afetados, e há indícios de que o problema está crescendo rapidamente entre as crianças tanto como nos adultos. A epidemia de obesidade nas Américas transcende barreiras socioeconômicas, afetando ricos e pobres—gente de todos os grupos de idade.

2. Em países onde existem dados nacionais representativos para diferentes ocasiões, a prevalência de obesidade, definida como um índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², acusa uma tendência ascendente (Figura 1). Segundo estimativas fornecidas pelo National Health and Nutrition Examination Service (NHANES III) (1988-94), são obesos 20% dos homens e 25% das mulheres nos Estados Unidos da América. O Canadá vem depois dos Estados Unidos, com 13,4% de adultos obesos. No Brasil, em 1989, a obesidade atingia 6% dos homens e 13% das mulheres. No Peru, a prevalência de adultos com peso excessivo cresceu 50% entre 1992 e 1996. A obesidade no sexo feminino foi acentuadamente mais alta, com 18% no nível socioeconômico mais alto, 24% no nível médio e 26,5% no mais baixo. Entre os homens, a prevalência de obesidade foi de 17%, 15% e 13,8%, respectivamente. Dados da Argentina, Colômbia, México, Paraguai e Uruguai também mostram que mais de 15% das populações daqueles países são obesos.

Figura 1. Tendências da Obesidade (IMC ≥ 30) no Sexo Feminino nas Américas



Fonte: Dados de pesquisas representativas nacionais

3. Ainda mais perturbador é o fato de que essa tendência vem crescendo também entre as crianças da Região. Em comparação com há duas décadas, o número de crianças com peso excessivo dobrou nos Estados Unidos. No Chile, México e Peru, uma taxa alarmante de uma em cada quatro crianças de 4 a 10 anos tem peso excessivo.

4. Embora se possam atribuir à suscetibilidade genética cerca de 30% da obesidade observada, mudanças nos estilos de vida e no meio ambiente no último meio século seriam a explicação mais provável da recente epidemia de obesidade. De fato, fatores ambientais podem vir a superar mecanismos biológicos responsáveis por manter estável o peso corporal por longo prazo. O aumento do excesso de peso e da obesidade está amplamente documentado nas sociedades industrializadas, indicando uma transição da associação entre renda e obesidade, de positiva para negativa, no último quarto de século. Vem-se verificando agora um fenômeno semelhante nos países em desenvolvimento e em alguns países de renda média da América Latina, onde se vêm observando taxas de obesidade mais altas entre os pobres, especialmente nas áreas urbanas.

Determinantes da Obesidade

Revisão Histórica

5. A obesidade é consequência de um desequilíbrio energético, que ocorre quando a absorção de energia excede o gasto durante um período prolongado. Muitos fatores diferentes e complexos podem trazer um equilíbrio energético positivo, julgando-se, porém, que a responsabilidade recai sobre a interação de vários desses fatores, mais do que a influência de um fator isolado.

6. A regulação da energia é influenciada por vários fatores externos. Poderosas forças sociárias e ambientais que influenciam a absorção e o dispêndio de energia podem superar os processos fisiológicos dentro da pessoa. Essas forças, de fato, atuam sobre fatores genéticos e biológicos preexistentes, que provavelmente se desenvolveram ao longo de milhões de anos, transformando o corpo humano numa “máquina” extremamente eficiente na poupança de energia (armazenagem de gorduras).¹ O mais provável é que esse mecanismo tenha possibilitado a sobrevivência durante um longo período da história humana, quando longas fases de escassez de alimentos constituíam a norma. Há um crescente corpo de provas em apoio à convicção de que a atual manifestação epidêmica de obesidade resulta mais das rápidas mudanças tecnológicas e culturais dos últimos 50 anos do que da manifestação de dado fator evolutivo biológico,

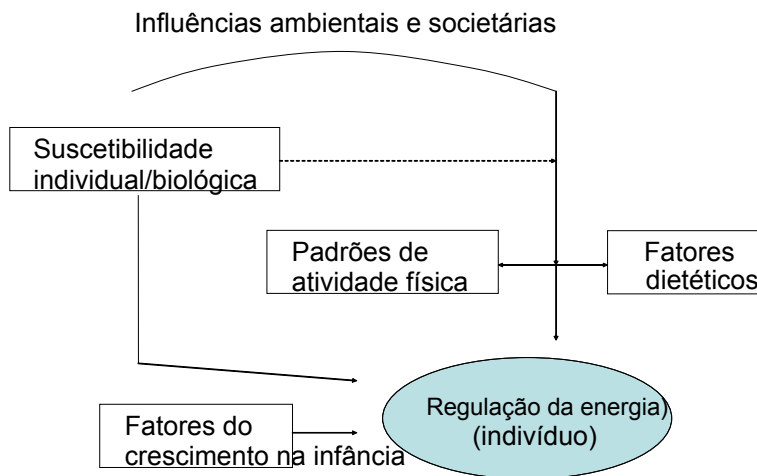
¹ A verdadeira hereditariedade do IMC em amostras de grandes proporções estaria provavelmente na faixa de 25-40%. Estudos recentes mostraram que a quantidade de gordura abdominal era influenciada por um componente genético responsável por 50-60% das diferenças individuais.

especialmente quando se considera o fato de que a constituição genética humana vem-se mantendo inalterada há milhares de anos.

7. Já há cerca de um século, começou a ser detectado em todo o mundo o fenômeno do ganho secular de peso e estatura, mas foi só recentemente que a obesidade começou a se projetar destacadamente numa escala global. Estudos econômicos recentes destacam o fato de que a mudança tecnológica elevou o custo da atividade física e reduziu ao mesmo tempo o custo do consumo de calorias. Este último está vinculado principalmente à melhoria tecnológica e a uma produção agrícola mais eficiente, enquanto aquela se torna cada vez mais dispendiosa, ao se tornarem crescentemente sedentárias as atividades no lar e no trabalho. O resultado dessas mudanças é o fato de que os indivíduos se vêm forçados a fazer investimentos maiores de tempo e dinheiro para atingir os mesmos níveis de atividade física de seus antepassados.

8. A seção seguinte recapitula brevemente os indícios existentes da atuação de fatores individuais (p. ex., regime alimentar, atividade física e crescimento na infância) e determinantes ambientais no quadro da obesidade (Figura 2). Ao examinar esses elementos, este documento oferece também importantes considerações sobre prevenção e controle que preparam o terreno para as ações propostas, apresentadas na parte final.

Figura 2. Fatores que Influenciam o Desenvolvimento de Obesidade



Adaptado de WHO, 2002

Fatores Dietéticos e Padrões de Atividade Física

9. Os fatores ligados ao risco de peso excessivo e obesidade são categorizados de acordo com a força dos indícios científicos, seguindo os critérios da OMS.² Os dois mais importantes fatores associados com o *aumento* do risco de peso excessivo são consumo de alimentos e preparações densos em energia (alto teor de gorduras ou açúcares), combinado com estilos de vida sedentários durante um período entre médio e longo. Por outro lado, há convincentes indícios de *diminuição* do risco com o exercício regular de atividade física³ e o alto consumo de fibras dietéticas, que é explicado mais adiante. Por outro lado, prováveis indícios de redução do risco são dados por intervenções que promovem ambientes escolares favoráveis, incluída a provisão de alimentação melhorada nas escolas e programas de educação física, bem como por estratégias que estimulam o crescimento linear. Este último aspecto nos leva a recordar que os atuais esforços pra combater a atrofia do crescimento na infância são benéficos não só a curto prazo (melhorando, por exemplo, o crescimento e os resultados educacionais) como também, a prazo mais longo, contribuem para evitar certas doenças crônicas.

Fatores Dietéticos

10. Os fatores dietéticos podem ser divididos em duas categorias: hospedeiros (características e comportamentos individuais) e vetores (alimentos e bebidas). Os pontos mais críticos aqui destacados podem ser examinados mais a fundo na Consulta Conjunta OMS/FAO sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas.⁴ Abordando a questão da dieta e da obesidade, este documento destaca a necessidade de colocar o problema no contexto mais amplo da *promoção da saúde e prevenção de doenças*. Isso permite uma abordagem mais coerente das recomendações sobre nutrição, da perspectiva tanto científica como da comunicação.

² Os termos aqui utilizados para descrever a força dos indícios científicos vêm dos critérios adotados pelo atual Comitê de Peritos da OMS (Technical Report Series 916, 2003), o qual, por sua vez, acompanha o trabalho anterior do Fundo Mundial de Pesquisas do Câncer (1997). Segue-se uma descrição resumida desses termos: “Indício convincente” denota uma forte associação resultante de um número significativo de estudos epidemiológicos (principalmente RCT), resultados consistentes, amostras de tamanho suficientemente grande e plausibilidade biológica. “Indício provável” quer dizer que os dados mostram associações razoavelmente consistentes e biologicamente plausíveis, não havendo, porém, total congruência nas associações entre exposição e obesidade. Finalmente, “indício possível” indica que os achados foram obtidos principalmente de estudos de controle de casos e transversais, com um pouco de RCT, havendo, porém, necessidade de mais informação para confirmar associações presumidas. “Indício insuficiente” é o que provém de pequeno número de estudos, havendo por isso necessidade de mais pesquisas aprofundadas.

³ Encontra-se no parágrafo 42 deste documento uma explicação das atuais recomendações sobre atividades físicas com relação ao controle de peso para manutenção da saúde.

⁴ WHO, Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases TRS 916, Genebra 2003.

11. Um importante motivo de preocupação atualmente é a tendência ascensional do consumo total de energia, que corre paralelo à da obesidade em todo o mundo (ver nota 4 acima). O fenômeno já foi associado a um incremento semelhante no consumo de alimentos ricos em óleos/gorduras e açúcares livres,⁵ e o consumo de merendas⁶ nos Estados Unidos e nas áreas menos desenvolvidas da Região, onde o consumo de óleos e carboidratos refinados cresceu nos últimos 20 anos.⁷ O aumento do consumo de óleos e alimentos com alto teor de açúcares livres e baixa densidade de nutrientes foi precedido por um aumento considerável da disponibilidade desses produtos a preços relativamente mais baixos que os de maior valor nutritivo.⁷

12. Atualmente, há indícios prováveis de que o consumo de refrigerantes promove a absorção de energia por reduzir o controle do apetite,⁸ o que dá motivo à recomendação no sentido de limitar o seu consumo, porque isso pode ajudar a evitar o ganho de peso.⁹ Por outro lado, indícios convincentes, procedentes de vários estudos experimentais, mostram que as dietas ricas em fibras (polissacarídeos não amiláceos) promovem queda do peso, além de oferecer vários outros benefícios de saúde além do simples controle de peso.¹⁰

13. Ademais, o aumento do consumo de refrigerantes é considerado um problema por tomarem eles o lugar de bebidas com alto teor de nutrientes, notadamente o leite.¹¹ Já se descreveu esse fenômeno nos Estados Unidos com relação a mulheres, crianças e adolescentes, sendo ele considerado importante fator por trás da redução observada da

⁵ Report of the Dietary Advisory Guidelines Advisory Committee on Dietary Guidelines for Americans, 2000, pp. 37-38. Com referência ao alto consumo de açúcar pela população dos EUA, o documento afirma que “(...) essas tendências suscitaram preocupação pelo fato de coincidirem com outras mudanças indesejáveis no bem-estar nutricional do país, como, p. ex., elevação das taxas de obesidade. (...)”

⁶ Cutler DM *et al.* Why have Americans become more obese? National Bureau of Economic Research, Jan. 2003.

⁷ Uauy R e Monteiro C. The challenge of improving food and nutrition in the Americas. Working Paper, WHO/PAHO Regional Consultation of diet, physical activity and health, San Jose, Costa Rica, abril de 2003.

⁸ Ver nota 4, acima. O efeito de redução do controle do apetite foi baseado em estudos de Rolls, 1997; Ludwing, 2002; Ebbeling e Ludwing, 2002, entre outros.

⁹ Ver nota 4, acima. O grupo de especialistas decidiu quanto aos *indícios prováveis* depois de passar em revista os indícios fornecidos por importantes autores: Mattes RD, 1996; Tordogg e Alleva, 1990; Harnack L, Stanj J e Story M, 1999; Ludwing DS, Peterson KE e Gortmaker, 2001; Raben A *et al.*, 2002.

¹⁰ Ver nota 4, acima. Seção sobre recomendações para prevenção do ganho de peso excessivo de obesidade, Strength of Evidence. Notadamente os estudos de Pereira e Ludwing mostraram que, em 12 de 19 testes, as fibras dietéticas promoveram diferentes resultados de saúde, inclusive perda de peso.

¹¹ Harnack L. *et al.* Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. J Am Diet Ass 99:463-441, 1999.

absorção de cálcio na população. O aumento do consumo de refrigerantes em várias outras populações da Região das quais há dados disponíveis sobre o balanço alimentar suscita preocupações semelhantes.

14. O mencionado aumento do consumo total de energia é acompanhado por uma queda no consumo de alimentos ricos em vários nutrientes e fibras, tais como verduras, cereais integrais e frutas (ver nota 7, acima). Como esses alimentos contribuem para a saúde geral, tem importância crítica a promoção de uma disponibilidade maior, bem como de um aumento da demanda e do consumo pelo público.

15. As tendências ascensionais do consumo de energia apresentam também um aspecto tecnológico e econômico, examinado durante a nossa recente Consulta Regional OPMS/OPAS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde (San José, Costa Rica, abril de 2003) (ver nota 9, acima). Dados sobre o consumo de alimentos, e especialmente de alimentos como óleos vegetais e refrigerantes açucarados, indicam que, com o aperfeiçoamento tecnológico e o aumento da eficiência da produção, caem os preços e cresce a demanda. Dados dos Estados Unidos indicam que pelo menos 40% do aumento da prevalência de obesidade nos últimos 25 anos podem ser explicados pela redução do preço unitário dos alimentos, e especialmente dos merendas gordurosas doces e salgadas.^{12,12,13}

16. O fenômeno mencionado pode ser ilustrado com dados do Serviço de Pesquisa Econômica do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos. Embora a disponibilidade de cereais e verduras no mercado americano corresponda muito de perto às quantidades recomendadas na pirâmide alimentar (PA), isso não acontece nos casos das gorduras e do açúcar. Assim, o mercado de alimentos dos Estados Unidos fornece 65 gramas adicionais de gorduras nos alimentos consumidos diariamente, por pessoa, ao passo que a PA recomenda 41 gramas. Assim também, no tocante aos açúcares, a disponibilidade *per capita* é de 31 colheres de chá por dia, ao passo que a PA recomenda 12 colheres de chá.¹⁴

17. A elevação do consumo de alimentos ricos em calorias e pobres em nutrientes é também fomentada pela propaganda na televisão, impondo uma carga excessiva às crianças. De fato, conforme indicou W. Dietz, do CDC: “As crianças comem os alimentos que vêm anunciados na televisão. Quem já teve ocasião de ver um programa infantil sabe que esses alimentos tendem a ser comidas rápidas, cereais açucarados para o

¹² Haddad L. Redirecting the Diet Transition: What Can Food Policy Do? IFPRI World Bank Paper, Washington, D.C., Janeiro de 2003.

¹³ Ralston, K 2000. How government policies and regulations can affect dietary choices. Em *Government Regulations and Food Choices*, USDA/ERS.

¹⁴ Putnam J, Allshouse e Kantor L. US per capita food supply trends: More calories, refined carbohydrates and fats, *Food Reviews*, Vol 25, No. 3:2-15, Winter 2000.

desjejum e merendas ligeiras. A televisão é um risco comportamental para a saúde.”¹⁵ Os riscos impostos à saúde pela propaganda na televisão foram também reconhecidos pela OMS¹⁶ na categoria de “riscos prováveis”, o que sugere que esta seria uma área de intervenção.

Inatividade Física

18. A atividade física, definida como “qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que resulte em substancial aumento do consumo de energia em relação ao repouso”, varia do desempenho de atividades profissionais e tarefas domésticas à atividade física recreativa, como a prática de esportes e exercício. No ganho de peso e na obesidade, cabe um papel significativo à diminuição da atividade física e/ou ao aumento do comportamento sedentário. Por exemplo, já se demonstrou que, pela quantidade de tempo que as crianças menores passam em frente da televisão, pode-se prever o IMC anos depois, tendo-se mostrado também que, com base num baixo nível de atividade física durante períodos de lazer entre adultos, é possível prever substancial aumento de peso (≥ 5 kg) num lapso de cinco anos. Diversos estudos realizados na América Latina indicaram também uma forte associação da inatividade com a obesidade.

19. Um resumo do conjunto de indícios relacionados com a inatividade física na Região das Américas indica que:¹⁷

- Pessoas de todas as idades levam vida sedentária.
- Mais de dois terços dos adultos não exercem atividade física regular.
- A atividade física diminui com a idade.
- As mulheres tendem a ser mais inativas do que os homens.
- Os setores de baixa renda e mais baixo grau de instrução são mais inativos.

Fatores Iniciais Ligados ao Crescimento

20. O retardamento do crescimento intra-uterino (RCIU) e o tamanho grande ao nascer ($\geq 4,000$ gramas) têm sido indicados em associação com doenças não transmissíveis (DNT) tais como transtornos cardiovasculares, diabetes e hipertensão numa fase posterior da vida, e possivelmente com obesidade. O rápido crescimento de compensação que ocorre após períodos de crescimento deficitário nos primeiros anos

¹⁵ Chronic Diseases Notes & Reports, CDC, Vol. 13, No. 1:1-4, Winter 2000.

¹⁶ Ver nota 4, acima. Na seção Recomendações para prevenção do sobrepeso e da obesidade.

¹⁷ Pratt, Jacoby e Neiman. The challenges of promoting physical activity in the Americas. Working Paper to the WHO/PAHO Regional Consultation of diet, physical activity and health, San José, Costa Rica, abril de 2003.

também está implicado como fator causal. Há consideráveis indícios epidemiológicos deste último aspecto, os quais são, porém, mais fortes no tocante ao risco de DNT do que de obesidade. Os esforços atuais para prevenir e controlar a atrofia do crescimento nas Américas, tendo em vista principalmente promover o melhor desenvolvimento possível, a melhoria da capacidade de trabalho e a obtenção de melhores resultados obstétricos, dão apoio adicional à continuação dos esforços de saúde pública nesta área.

21. Da mesma forma, podem-se hoje acrescentar aos conhecidos benefícios associados com o aleitamento materno exclusivo e prolongado os prováveis efeitos da prevenção de doenças crônicas e obesidade. Isso oferece uma nova oportunidade para levantar uma plataforma nutricional comum nas sociedades em transição na Região, agora a braços com o duplo ônus de doenças.

22. O vínculo os fatores que afetam o crescimento inicial e o desenvolvimento de obesidade constituem ainda uma área de investigação em curso. O que não se discute é o fato de que a obesidade na adolescência acusa uma alta associação com a obesidade numa fase posterior. Considerando o fato de que, com o envelhecimento, estão crescendo rapidamente as taxas de obesidade da população, os esforços para controlar o problema nos primeiros anos e na idade escolar são muito promissores.

Influências Ambientais e Societárias

Desenvolvimento Econômico e Transição Nutricional Acelerada

23. Na maioria dos países em desenvolvimento, o crescimento econômico, a industrialização e expansão do comércio trouxeram numerosos melhoramentos no padrão de vida e na disponibilidade de serviços para a população. Contudo, geraram também várias conseqüências negativas, inclusive padrões nocivos de nutrição e atividade física.

24. Os sistemas alimentares atuais, baseados numa agricultura industrializada, tornam disponível a maioria dos alimentos durante o ano inteiro, seja qual for a estação. Além disso, está crescendo em ritmo rápido a disponibilidade de alimentos processados ricos em energia e alto teor de gorduras. Embora tenha contribuído para aumentar a disponibilidade de alimentos, esse fenômeno não enfocou necessariamente o problema da subnutrição, assim como não melhorou a qualidade nutricional do suprimento alimentar.

25. O declínio do gasto de energia que acompanhou a modernização é evidenciado por um estilo de vida mais sedentário nas áreas urbanas. O transporte motorizado, o desenvolvimento urbano de baixa densidade (esparramo urbano), os equipamentos mecanizados e os dispositivos que poupam trabalho libertaram as pessoas da execução de tarefas fisicamente árduas e desencorajaram, por outros motivos, atividades simples

como andar a pé, andar de bicicleta e subir escadas. Ademais, as horas de lazer hoje em dia são cada vez mais dominadas pela televisão e outras opções fisicamente inativas.

Classe Social e Educação

26. Adotando práticas dietéticas saudáveis e levando uma vida fisicamente mais ativa, as camadas mais instruídas das sociedades de renda média escaparam, na maior parte do mundo, a algumas das conseqüências negativas do crescimento econômico. Essas mudanças de comportamento explicam em parte a redução de peso observada especialmente entre as mulheres de alta renda, como no caso do Brasil, onde as taxas de obesidade caíram de 13% para 8% nos últimos 30 anos.

27. Embora seja possível alcançar muitos ganhos em saúde pela melhoria da educação e um acesso mais amplo à informação sobre os benefícios da escolha de alimentos saudáveis e da atividade física sustentada, é pouco provável que esses fatores sejam suficientes em si mesmos para sustar a epidemia de obesidade. As campanhas de controle do tabagismo nos Estados Unidos são um bom exemplo de como uma combinação de políticas, impostos e restrições como a proibição de fumar em áreas públicas, em conjunto com campanhas intensivas de comunicação, podem produzir mudanças de comportamento.

Cultura e Crenças Pessoais

28. Atitudes específicas em relação à saúde, à aptidão e à atividade física, bem como, em certas culturas, à imagem corporal podem levar a comportamentos associados com o desenvolvimento da obesidade. Entre algumas populações indígenas da América Latina e do Caribe, por exemplo, certo excesso de peso corporal é tido como desejável e como indicador de saúde e bem-estar.

Conseqüências da Obesidade para a Saúde

29. A repercussões da obesidade na saúde são numerosas e variadas, indo do aumento do risco de morte prematura a várias formas de transtornos não mortais mas ainda assim debilitantes, que afetam adversamente a qualidade geral da vida.

30. Hoje, é fato sabido que quanto mais longa a duração da obesidade, maiores são os riscos de mortalidade e morbidade. Por exemplo, a obesidade grave está associada com um aumento de 12 vezes na mortalidade na faixa dos 25 aos 35 anos, em comparação com a de indivíduos magros. É importante assinalar também o aumento da mortalidade com o aumento do peso corporal relativo em ambos os sexos, antes dos 50 anos de idade.

31. Os riscos de contrair diabetes, transtornos da vesícula biliar, dislipidemias, resistência à insulina e apnéia do sono aumentam consideravelmente na população obesa (risco relativo [RR] maior do que 3). Os riscos de doenças crônicas e osteoartrite crescem moderadamente (RR 2-3), e os de certas formas de câncer, anormalidades hormonais reprodutivas e dores sacro-lombares acusam ligeiro aumento (RR 1-2).

32. Embora existam muitos problemas de saúde associados com a obesidade na infância, a consequência de longo prazo mais importante na obesidade da criança e do adolescente é a sua persistência na idade adulta, com todos os riscos de saúde concomitantes. A obesidade tem mais probabilidades de persistir quando começa pelos fins da infância ou na adolescência.

33. A obesidade é altamente estigmatizada em muitas sociedades industrializadas, em virtude tanto de percepções negativas com relação à aparência física como de atitudes generalizadas que estereotipam os obesos como indolentes, indecisos e pouco asseados nos seus hábitos pessoais. Isso resulta em discriminação, que serve para dissuadir essa faixa da população de procurar assistência médica para a sua condição, inclusive tratamento de depressão e transtornos da alimentação.

Custos Econômicos da Obesidade

34. São poucos os estudos que avaliam o custo da obesidade para a sociedade. Os poucos que existem foram realizados em países em desenvolvimento e oferecem subsídios essenciais para os provedores de atenção de saúde e formuladores de políticas.

35. Estudos comunicados pela OMS em 2000 (na Austrália, Estados Unidos, França e Países Baixos) indicam que 2%-7% dos custos nacionais da atenção de saúde podem ser imputados ao tratamento e controle de sobrepeso e obesidade, tendo-se registrado o custo mais alto (US\$46.000 milhões) nos Estados Unidos. Estimativas recentes (2001) do Grupo de Pesquisa sobre Gastos Médicos naquele país indicam que os custos da atenção de pacientes internados e ambulatoriais são aumentados em \$395 por ano por pessoa obesa, em comparação com um aumento de \$230 causado pelo fumo e um de \$225 pelo envelhecimento. Em termos relativos, a obesidade aumenta os custos da atenção de saúde em 36% e os custos da medicação em 77%, em comparação com os referentes a pessoas com peso normal.

36. Estimativas aproximadas do custo do tratamento da obesidade no Peru indicam que, se fossem hipoteticamente usados medicamentos como intervenção principal, esse esforço custaria aproximadamente 50% do atual orçamento nacional para a saúde. Nos Estados Unidos, estimativas dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) indicam que o tratamento médico da obesidade no país chegaria a \$55 bilhões por ano,

representando mais da metade das atuais despesas anuais com tratamento de importantes doenças crônicas.¹⁸

Custos e Benefícios Econômicos do Tratamento e da Prevenção da Obesidade

37. São muito poucos os estudos que abordam a questão dos custos econômicos do tratamento específico da obesidade e das intervenções preventivas. A maioria deles é citada no documento técnico da OMS, sendo, porém, prejudicada por numerosas falhas técnicas que impedem a chegada a conclusões definitivas. Entretanto, estudos relacionados com o controle de diabetes e prevenção da obesidade indicam que intervenções de saúde pública como, p. ex., campanhas nos veículos de massa e programas de aconselhamento em grupos, poderiam resultar numa poupança líquida, uma vez considerados os custos de operação dos programas. Ademais, é possível que as estratégias preventivas sejam mais econômicas, considerados os custos extraordinários envolvidos na provisão de serviços de tratamento discricionários como os atualmente empregados nas sociedades desenvolvidas, onde novas drogas e tecnologias exercem continuamente uma pressão considerável sobre os custos da saúde.

Prevenção e Controle da Obesidade nas Populações: Como Transformar Escolhas Saudáveis em Escolhas Mais Fáceis

38. As estratégias de prevenção hoje em dia tendem a ser preferidas por motivos tanto técnicos como financeiros. Quase um de cada dois adultos nas Américas tem peso excessivo (IMC > 25 kg/m²). Existe uma consciência cada vez mais clara de que as intervenções preventivas dão resultado e de que os custos do tratamento estão fora do alcance dos recursos financeiros dos indivíduos e dos sistemas de saúde pública na maioria dos países de média e baixa renda.

39. Intervenções em grande escala para prevenir e controlar nacionalmente a obesidade indicam que a sua prevenção no nível da população pode ser difícil de conseguir a curto prazo e que a promoção de um regime alimentar sadio e da atividade física não devem concentrar-se exclusivamente no controle da obesidade, mas também na mudança dos padrões dietéticos e de atividade física.

Promoção da Atividade Física como Estilo de Vida Diária

O Novo Paradigma da Promoção da Atividade Física: Atividade Física Moderada

40. Os estilos de vida sedentários não constituem somente uma questão de escolhas individuais. Tradicionalmente, os estudos sobre determinantes da atividade física

¹⁸ Chronic Disease Notes & Reports, CDC, Vol 13, No. 1:2, Winter 2000.

destacam variáveis definidas individualmente (p. ex., sexo, fatores culturais, idade, barreiras percebidas, etc.) Contudo, vem-se tornando cada vez mais evidente que essas variáveis só explicam uma pequena parte da variação na inatividade física. Fatores ambientais como, por exemplo, a acessibilidade a espaços de lazer, as oportunidades para exercer atividades físicas, fatores estéticos, condições meteorológicas e preocupações relativas à segurança oferecem explicações mais claras dos padrões de inatividade física.

41. As cidades de hoje são planejadas para o transporte motorizado e a tecnologia continua introduzindo equipamentos novos e mecanizados e dispositivos para poupar trabalho tanto no lar como no local de trabalho. No seu trabalho, os urbanistas, os ambientalistas e as autoridades do trânsito e dos esportes já estão, em muitos casos, convergindo sem saber para a criação de um “lugar melhor para viver”, oferecendo uma oportunidade excepcional para a formação de coalizões públicas abrangentes destinadas a promover a atividade física como estilo de vida do dia a dia nas respectivas comunidades.

42. A meta atual de 30 minutos de atividade física moderada na maior parte dos dias da semana baseia-se em fortes indicações trazidas por numerosos estudos epidemiológicos e clínicos e oferece um razoável ponto de partida para a grande maioria de adultos inativos. Contudo, é importante acentuar que, se o alvo for o controle do peso e a sua estabilização, é necessária uma quantidade maior de exercício. É possível que isto exija atividade física de moderada a vigorosa por períodos que iriam de 60 a 90 minutos por dia.^{19,20} Os benefícios e mentais da atividade física moderada e regular para a saúde (p. ex., andar a pé, andar de bicicleta) são semelhantes aos de uma abordagem estruturada da atividade física (p. ex., ginástica aeróbica ou prática de esportes). Ademais, intervenções no estilo de vida como as descritas acima podem ser facilmente integradas na vida diária.

43. As intervenções no estilo de vida no nível da população produzem resultados positivos para a saúde. Já se observou, por exemplo, uma associação entre taxas de obesidade e transporte motorizado em vários países desenvolvidos. Na Holanda e na Suécia, onde são mais altas as taxas de pedestres andando a pé ou gente de bicicleta, a obesidade não constitui um problema tão grande como em outras sociedades apegadas ao automóvel, como as do Canadá, dos Estados Unidos e do Reino Unido.

¹⁹ Erlichman *et al.* Physical Activity and its impact on health outcomes. Paper 2: prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence. *Obesity Reviews* 3:1-75, 2002

²⁰ Pratt, Jacoby e Neiman. The challenges of promoting physical activity in the Americas. Documento de trabalho para a Consulta da OPAS/OMS sobre dieta, atividade física e saúde. San José, Costa Rica, abril de 2003.

A Importância das Cidades na Promoção da Atividade Física

44. Comunidades e governos locais de países da América Latina e do Caribe já estão empenhados na criação de ambientes mais saudáveis e investindo recursos locais para promover o exercício e a atividade física nas suas comunidades. É importante despertar uma consciência maior desses fatos e reforçá-los, bem como trabalhar mais para orientar efetivamente os esforços para a promoção da vida ativa e uma saúde melhor.

45. Os governos municipais e locais desempenham papel chave no fomento da agenda de saúde pública para promoção da atividade física, pelas seguintes razões:

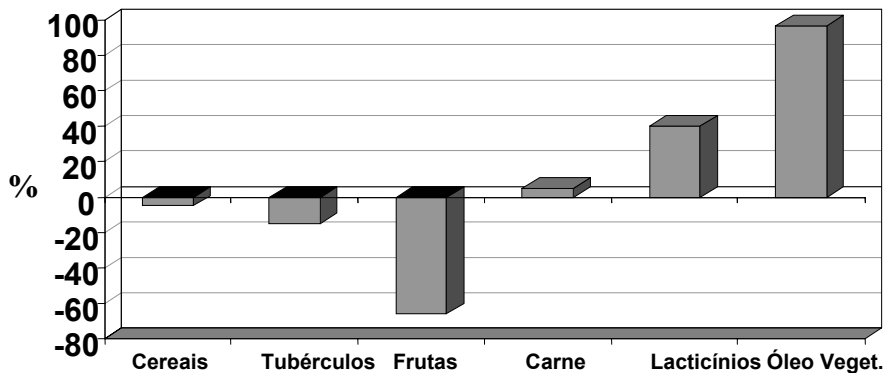
- Eles já estão envolvidos na melhoria dos espaços públicos de lazer e dos esportes.
- Eles têm poder decisório no que tange ao ambiente físico, aos sistemas de transporte e à segurança pública e exercem influência no processo legislativo.
- Os governos municipais podem congregiar diferentes parceiros na formação de coalizões; e
- Na maioria das cidades, já existe significativa demanda de ação por parte do público em questões relacionadas com transporte, lazer, controle da criminalidade, etc.

Dieta para Promoção da Saúde

46. Os padrões de consumo de alimentos passaram por mudanças dramáticas nos países da América Latina e do Caribe nas duas últimas décadas. A figura 3 ilustra as variações prejudiciais resultantes do abandono das verduras e de outros alimentos tradicionais ou naturais e do aumento do consumo de cereais refinados, óleos e carnes. Os preços mais baixos destes últimos produtos combinados com poderosas estratégias de comercialização vêm a ser mecanismos chaves na configuração do comportamento no que tange ao consumo de alimentos.²¹

²¹ Existe uma longa lista de estudos que tratam das questões do preço e da comercialização dos alimentos (inclusive a publicidade), em conexão com a mudança dos hábitos alimentares, tais como: The American Academy of Pediatrics, 1990; Dietz e Strasburger, 1991; Center for Science in the Public Interest, 1992; Glanz *et al.*, 1998; Huang, KS, 1998; Nestlé, M, 2002; Lakdawalla e Philipson, 2002.

Figura 3. Variações (%) no consumo de vários grupos de alimentos em sete cidades brasileiras, 1963-1989



Fonte: Adaptado de Monteiro, C., 2000.

47. O crescente predomínio do desenvolvimento industrial na agricultura está associado com a focalização de um pequeno número de produtos altamente lucrativos, cerceando a produção de várias hortaliças e alguns cereais. De fato, a diminuição da disponibilidade de frutas constitui um grave problema que chamou recentemente a atenção da OMS.²² Na Europa, por exemplo, quase 14 países acusam uma disponibilidade diária *per capita* de frutas que é inferior aos 600 gramas por dia recomendados (considerando 400 gramas por dia de comestíveis).

48. As práticas alimentares saudáveis devem continuar sendo um dos princípios orientadores da formulação de recomendações sobre prevenção do ganho de peso e controle da obesidade. Com base nas recomendações dietéticas da OMS/CINDI (WHO, 2000) e nas diretrizes dietéticas latino-americanas baseadas em alimentos (PAHO, 2000), as principais recomendações podem ser assim resumidas:²³ (1) Melhorar o consumo de frutas, hortaliças, legumes e cereais não refinados; (2) Dar preferência ao peixe e às aves frente às carnes rubras; (3) Aumentar o consumo de laticínios, especialmente os com baixo teor de gordura saturada; (4) Consumir moderadamente óleos vegetais mais saudáveis (mono e poli-insaturados); e (5) Reduzir o uso de sal na cozinha e à mesa, e evitar o consumo de bebidas com alto teor de açúcares livres.

²²Informação baseada no trabalho de Aileen Robertson (1999), posteriormente incluído no relatório WHO, Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases TRS 916, Genebra, 2003;.

²³Estas recomendações foram incluídas no software PLANUT, desenvolvido pela OPAS para promover melhores recomendações dietéticas na Região.

49. É evidente que, para lograr melhorias nos padrões de consumo de alimentos, especialmente entre os setores de baixa renda, há muita coisa a fazer nas áreas de produção e comercialização de alimentos. De fato, há necessidade de saudáveis políticas públicas para fomentar a produção e os mercados locais de produtos saudáveis, além da educação e da comunicação. E há necessidade de mais estudos nas áreas de regulamentação e tributação com vistas à modificação das preferências alimentares e do comportamento dietético.

A Resposta da Organização Pan-Americana da Saúde

50. Em 2002, o Dia mundial da Saúde foi dedicado ao tema da saúde física, com o dístico “Movimente-se para a Saúde”. Para aquele dia, a OPAS mobilizou os países das Américas para reforçar a consciência, educar e estimular as comunidades e os indivíduos a promover a atividade física. A OPAS, em parceria com o CDC, patrocinou também uma altamente bem-sucedida Competição entre Cidades Ativas, para reconhecer determinadas cidades da Região por seus esforços para promover a saúde mediante a melhoria dos espaços públicos para lazer protegido e promoção da atividade física.

51. Em maio de 2000, a 53^a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA53.17, endossando a Estratégia Global da OMS para a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis. A estratégia destacou a prevenção integrada, tomando por alvo três principais fatores de risco: tabagismo, dieta não saudável e inatividade física. Dois anos depois, a Assembléia Mundial da Saúde adotou a Resolução WHA55.23, para formulação de uma Estratégia Global sobre Dieta, Atividade Física e saúde. Em consideração dessas resoluções e em consonância com o esforço para melhorar a saúde pública, a OPAS está empenhada no processo de organizar uma consulta regional ampla e abrangente para levantar indícios mais fortes com vistas a políticas, fortalecimento da promoção da mudança de políticas e envolvimento dos interessados, bem como um contexto estratégico para a ação. A consulta regional está prevista para 2003.

52. Tanto o Dia mundial da Saúde 2002 como a Estratégia Mundial sobre Dieta, Atividade Física e Saúde dão significativo impulso ao fomento da agenda para prevenção e controle da obesidade.

Ações Propostas

Elementos de uma Abordagem em Múltiplas Frentes

53. Para fazer face a esse grave problema da obesidade, as autoridades de saúde pública devem considerar a questão em seus diversos aspectos:

- Há necessidade de aumentar os recursos de saúde pública para programas de promoção e prevenção;
- É preciso que os sistemas de saúde formulem programas sólidos e efetivos, bem como protocolos para prevenção e controle da obesidade;
- Dar ênfase à criação de condições ambientais para a mudança de comportamento, p. ex., maior acessibilidade a frutas, hortaliças, cereais integrais e alimentos ricos em nutrientes, bem como ambientes físicos melhores para o lazer e a atividade física;
- Integração das áreas de saúde das DNT com a prevenção da obesidade;
- Novas alianças e parcerias com importantes setores não públicos ligados à saúde;
e
- Mais e melhores dados para demonstrar que a obesidade constitui um problema no nível estadual.

Ação Prioritária

54. As prioridades na promoção da atividade física devem incluir as seguintes considerações:

- *A recomendação chave* é a promoção de 30 minutos diários de atividade física moderada, pelo menos cinco dias por semana.
- *Atividade física como estilo de vida diário (recreativo e utilitário)*. É crítica a criação de um ambiente físico e regulamentar que favoreça a prática de andar a pé e de bicicleta nas cidades.
- *Educação física e esportes nas escolas*. É preciso que a educação física seja defendida na Região, por promover o crescimento físico, o desenvolvimento infantil e o aproveitamento escolar.
- *Desenvolvimento de abordagens programáticas bem fundamentadas*. Embora a efetividade de certas intervenções esteja bem documentada, a maioria se

compadece com a realidade dos países desenvolvidos. É necessária a adaptação desses programas aos países da América Latina e do Caribe,²⁴ e

- *A necessidade de uma parceria ampliada.* Os setores chaves são a educação, os esportes, o transporte, os governos locais e o setor privado.

55. As prioridades na promoção de uma alimentação saudável devem incluir as seguintes considerações:

No lado da oferta:

- Estimular parcerias com a indústria privada visando o aumento da produção e melhores preços de frutas, hortaliças e cereais não refinados;
- Ganhar a colaboração da indústria de alimentos para aumentar a disponibilidade no mercado de produtos alimentícios processados com alto teor de nutrientes, tais como laticínios não gordurosos e cereais não refinados;
- Realizar estudos sobre o papel da globalização e da agroindústria na produção, disponibilidade e consumo de alimentos; e
- Analisar a evidencia existente e promover os estudos necessários para estimular a ação informada no que se refere ao papel do *marketing* e da publicidade face às preferências alimentares da população, especialmente as crianças.

Do lado da demanda:

- Uma voz mais forte pra o consumidor, mediante a provisão sistemática de informação por organizações de saúde e de consumidores;
- Criação de incentivos para uma integração maior da produção local de alimentos mais nos planos nacionais;
- Promoção e defesa de tradições nacionais e regionais saudáveis no tocante aos alimentos;
- Estimular mais pesquisas sobre política de alimentos e nutrição; e

²⁴Vale notar que a principal área na qual faltam pesquisas, do ponto de vista da implementação, é a dos testes de efetividade (intervenções testadas em condições reais), antes que dos de eficácia (que visam verificar os efeitos das intervenções ou tratamentos sobre a saúde, em condições ideais.)

- Participação ativa de setores ligados à saúde e à nutrição na comissão do *Codex Alimentarius*.

Ação Solicitada do Comitê Executivo

56. Solicita-se ao Comitê Executivo discutir as questões suscitadas neste documento e considerar a importância de que os Estados Membros estabeleçam prioridades nacionais para enfrentar o problema da obesidade, dentro do seguinte contexto:

- O sobrepeso e a obesidade, juntamente com a inatividade física e os regimes alimentares de baixa qualidade, constituem uma grave ameaça de saúde pública na Região;
- Cumpre aos governos orientar ações no sentido de fazer das escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis para todos, mediante a promoção de dietas saudáveis e da vida ativa como abordagens preventivas essenciais;
- Há necessidade de um enfoque nutricional integrado e de uma estreita coordenação com os esforços de prevenção e controle de DNT já em andamento;
- Deve-se estimular a pesquisa aplicada e de operações para desenvolver intervenções efetivas para estimular uma alimentação mais sadia e uma vida mais ativa; e
- O desenvolvimento de alianças e parcerias multissetoriais estratégicas interessadas na promoção da saúde e do bem-estar da população é crítico para o levantamento de um perfil dos problemas e o fortalecimento da sua posição nas agendas políticas.

57. Solicita-se, ademais, que o Comitê dê orientação sobre a participação dos Estados Membros no processo da Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde.